|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Immagine che contiene simbolo, logo, Carattere, cerchio  Descrizione generata automaticamente | Immagine che contiene emblema, simbolo, cresta  Descrizione generata automaticamente |
| UNIONE EUROPEA | REGIONE CALABRIA  Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca | REPUBBLICA ITALIANA |

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

 “Paolo Borsellino” 

Via Lavinium s.n.c. – 87020 SANTA MARIA DEL CEDRO (CS**)**

Tel. e Fax 0985/5462-5731 - C.F. 92011810782 - C. M. CSIC83700R

[www.icsantamariadelcedro.edu.it](http://www.icsantamariadelcedro.edu.it) e-mail: [csic83700r@istruzione.it](mailto:csic83700r@istruzione.it) pec: [csic83700r@pec.istruzione.it](mailto:csic83700r@pec.istruzione.it)

Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo musicale

**Allegato D Al Dirigente Scolastico**

**OGGETTO : RICHIESTA DI AUTOSOMMINISTRAZIONE DI FARMACI**

I sottoscritti.......................................................................................................genitori

dell'alunno/a.................................................................................................................

nato/a a ........................................il................................................................................

residente a ....................................... in via.....................................................................

frequentante la classe.........sez.........della Scuola..........................................................

sita a ................................................. in Via....................................................................

Essendo il minore effetto da ..........................................................................................

e constatata l'assoluta necessità, chiedono la possibilità che **il minore si autosomministri**, in ambito ed orario scolastico, la terapia farmacologica con la vigilanza del personale della scuola come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data ............................dal dott. …........................................................

Consapevoli che l'operazione di vigilanza viene svolta da personale non sanitario, sollevano lo stesso da ogni responsabilità civile e penale derivante da tale intervento. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/3 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone).

Data, Firma dei genitori

.......................................

......................................